FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936 N° 423

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BERCU Moïse-Haim

Né le 16 Décembre 1909, à Iassy (Roumanie)

A propos d'un cas de calcul solitaire du Cholédoque

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE PICART
59, Boulevard Saint-Michel, 59

1936

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BERCU Moïse-Haim

Né le 16 Décembre 1909, à Iassy (Roumanie)

A propos d'un cas de calcul solitaire du Cholédoque

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE PICART
59, Boulevard Saint-Michel, 59

1936

Le Doyen..... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER CARNOT. CLERC. MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO. GOSSET. GRÉGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	DEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale.....	BÉNARD Henri.
Pathologie médicale.....	BERNARD Etienne.
Hydrologie.....	BEZANÇON Justin.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale..	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie ..	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique..	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ Henri.
Obstétrique	LACOMME.

	MM.
Obstétrique	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale..	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiâtrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale..	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique..	OBERLING.
Pathologie chirurgicale..	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale..	SÉNÈQUE.
Pathologie expérimentale	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale..	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale..	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.

	MM.
Anatomie pathologique..	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VALLERY-RADOT.
SEZARY.

} Clinique médicale

MM.

BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

} Clinique chirurgicale

MM.

ECALLE
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER

} Clinique obstétricale..

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de mon affection et de ma profonde gratitude. Que leur vie de labeur me soit toujours un exemple au cours de ma carrière.

A MES SŒURS

En souvenir de notre enfance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. Loeper

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DES HOPITAUX

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence, hommage de respectueuse reconnaissance.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET

DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Nous ne savons pas s'il sera possible de maintenir dans son intégralité le terme de solitaire car bien des fois alors qu'on ne voit qu'un seul calcul il en a existé antérieurement plusieurs.

Néanmoins dans les différentes observations que nous publions à la fin de cet exposé et si nous nous rapportons à la leçon de M. Chauffard faite en 1906 ou il disait « que sur 72 calculs du cholédoque, 50 étaient bien solitaire » il semble bien qu'il y ait vraiment des cas ou il s'agissait d'un calcul isolé, solitaire du cholédoque.

Au cours de cet exposé, nous nous contenterons de mettre en relief quelques uns des points qui nous ont parus particulièrement intéressants, nous les étudierons, et nous tirerons les conclusions cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques.

ETIOLOGIE

La lithiase biliaire est, on le sait une maladie probablement humorale, que l'on pourrait appeler maladie diathésique certaines lithiases ayant une parenté — on ne sait pourquoi avec l'arthritisme, on peut l'y apparenter d'ailleurs parcequ'on ne sait pas exactement ce que c'est que l'arthritisme.

Se développant à l'âge moyen de la vie elle est très rare chez l'enfant. Elle est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin (64 % des cas).

La grossesse est un facteur assez marqué; rare chez les vierges elle se voit dans 58 % des cas à l'occasion d'une grossesse et dans 28 % des cas à la suite d'un accouchement.

PATHOGENIE

La thèse classique est la suivante : (Naunnyn). Les calculs se forment dans la vésicule à la faveur de l'infection et de la stase; commencés dans la vésicule ils sont ensemencés secondairement dans le cholédoque; là ils peuvent être évacués dans l'intestin, ou bien demeurer dans le cholédoque donnant la cholécystite calculeuse, ou ils s'opposent au passage de la bile et l'ictère par rétention s'établit.

A côté de cette théorie qui est et reste la plus en

vogue Roswing en a donné une autre tout à fait opposée; pour lui les calculs se forment dans les anaux intra-hépatiques sous l'aspect d'une petite concrétion de pigment noir; autour de cette concrétion se constitue, soit dans la vésicule soit dans le cholédoque un calcul définitif, mais il s'agit la d'un trouble d'ordre diathésique et non plus infectieux qui implique une thérapeutique tout à fait différente.

Roswing apporte une statistique impressionnante à l'appui de sa thèse; sur 350 cas suivis par lui, il a examiné des millions de calculs et dans tous les cas sauf un seul il a trouvé le noyau caractéristique de pigment noir.

En France Villard de Lyon s'est fait le défenseur d'une théorie analogue qui si elle n'est pas explicitement défendue, ressort néanmoins de ses paroles et de sa communication faite au 28e Congrès de Chirurgie, que les calculs trouvés dans le cholédoque sont toujours très volumineux; tous les chirurgiens sont d'ailleurs d'accord sur ce point; ils dépassent largement le calibre du cystique, ce qui contredit l'hypothèse d'une migration cystico-cholédocienne.

Le calcul du cholédoque serait une affection autonome avec son individualité propre et sa symptomatologie nette; la colique cholédocienne, se distinguerait de la colique hépatique.

Lorsque M. Chauffard en 1924 dans une leçon faite à l'hôpital St-Antoine, envisageait les calculs du cholédoque, il disait ceci : Tantôt le calcul du cholédoque est un calcul unique, mobilisé par un vésicule pauvre

en calculs heureusement qui vient au contact de l'ampoule de Vater et y reste fixé; tantôt au contraire le calcul du cholédoque descend et ne passe pas; derrière lui s'accumule alors toute une série de calculs qui forment comme un chapelet. Tantôt le calcul du cholédoque est primitif et peut naître sur place autour d'un noyau de substance organique à la partie inférieure ou moyenne du cholédoque et engraisse en quelque sorte à la partie terminale; petit à petit il s'allonge comme un cailloux d'une thrombose et à la fin c'est la thrombose cholédocienne ainsi que l'avait appelée M. Chauffard.

Ce calcul finit quelque fois par oblitérer le canal cholédoque sur une étendue assez grande jusqu'à 7 cm. de longueur et dans sa partie la plus large sur environ 6 cm de circonférence.

Quelle que soit son origine, qu'il s'agisse d'un calcul du cholédoque accidentel ou que ce soit un calcul primitif ou solitaires de ce canal, ce calcul se traduit toujours par les mêmes symptômes, en général un ictère par rétention plus ou moins intense plus ou moins grand, plus ou moins complet.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si l'on pratique l'autopsie d'un malade qui a succombé aux suites d'une obstruction calculeuse du cholédoque, on trouve des lésions extrémement marquées en divers endroits.

a) *La vésicule.*

Nous décrirons ses différentes lésions quand nous exposerons au cours de cet exposé les symptômes de l'obstruction calculeuse du cholédoque.

b) *Le cholédoque.*

Il est dilaté. Son volume varie de celui d'un index à celui du duodénum. Il déplace les organes du pédicule hépatique, refoule la veine porte, écarte l'artère.

Mais il n'est pas seulement dilaté. Il est épaissi quant à sa paroi dont l'épaisseur atteint parfois 2 mm. Les lésions de cholecystite sont souvent très marquées.

c) *Le foie.*

L'état du foie est extrémement variable, dans les obstructions anciennes il n'est jamais normal, dans les obstructions récentes il ne l'est pas non plus, mais ces lésions plus discrètes passent inaperçues.

C'est l'état du foie qui commendera le pronostic et ce qu'il faudrait connaitre avant d'intervenir c'est le degré d'altération de la cellule hépatique.

Ou est la limite de ce qui est guérissable, susceptible de « restitutio ad intégrum, » et de ce qui est indélébile dans la lésion de cirrhose que l'on rencontre si souvent ?

d) *Le calcul.*

Dans les voies biliaires on trouve des calculs. Le cholédoque en contient dans 98 % ds cas. Deux fois sur cent environ on trouve ds traces de leur passage, inflammation, dilatation énorme, boue biliaire, mais on ne trouve pas le calcul lui-même.

Dans 10 % des cas il en existe simultanément dans le cholédoque la vésicule, le canal hépatique ou ses deux branches d'origine.

Dans 40 % des cas le calcul est unique dans le cholédoque, il est alors de gros volume comme, une noisette, arrondi du bout, de forme ovoïde ou muriforme, noir, avec des aspérités, quelques fois il se présente, tantôt en obus, tantôt en bout de cigare.

Dans 60 % des cas les calculs sont multiples; ils affectent alors le plus souvent la forme polyédrique, et l'on a voulu voir (Naunnyn, Boyssen) dans ces facettes l'influence de la pression vésiculaire sur la surface molle des calculs; pour Boyssen la forme arrondie du calcul solitaire résulte de son moulage sur la paroi des conduits.

Roswing s'élève fortement contre cette interpréta-

tion et a trouvé fréquemment des calculs solitaires à facettes.

Structure du calcul.

1) Les calculs cholésteriniques, radiaires, durs, légers, flottant à la surface de l'eau, formés de cholésterine pure, cristalline; caractère important, ils sont capables de bruler avec une flamme éclatante;

2) Les calculs pigmentaires, formés surtout de bilirubinate de chaux dont le type le plus caractéristique a été trouvé par Chauffard dans un cas d'ictère hémolytique; ils sont noirâtres ou brunâtres, durs brillants.

3) La plupart des calculs biliaires sont mixtes et formés de plusieurs couches. Le noyau est constitué le plus souvent par des pigments biliaires, des sels de chaux, de cellules épithéliales ou un corps étranger; autour vient une couche radiée de cholésterine; celle-ci est enveloppée par une ou plusieurs couches alternantes, pigmentaires ou calciques et cholésteriniques. Parfois aussi le noyau est formé de cholésterine autour de laquelle se sont déposées des couches de pigment et de chaux.

e) *Le pancréas.*

Il est atteint moins souvent qu'on ne l'a dit; c'est ainsi qu'il s'est montré macroscopiquement enflammé, dur, augmenté de volume dans 12 % des cas seulement, les constatations concordent avec les chiffres fournis par la clinique de Mayo sur le même sujet.

ETUDE CLINIQUE

Les symptômes sont habituellement fixes et faciles à reconnaître.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'une femme de 45 ans environ, ayant eu le plus souvent des enfants et souffrant depuis nombreuses années.

Puis à l'occasion d'une grossesse, ou un excés de table survient une crise plus violente, suivie d'un ictère, d'abord léger, ensuite plus intense qui dure en moyenne une dizaine de jours. Parfois tout rentre dans l'ordre et la malade reprend son existence normale sans remarquer qu'elle a maigri.

Cette crise constituée par le trépied classique bien connu est rarement unique.

Reprenons un par un les symptômes.

L'ictère.

Dans les lésions de l'ampoule de Vater l'ictère évidemment n'est pas toujours absolument égal et régulier; il y a des heures, des jours où sous l'influence d'une modification de la lésion papillaire, peut-être sous l'influence d'une excoriation d'une lésion néoplasique l'ictère diminue momentanément.

Mais en général le néoplasme le plus fréquent étant de la tête du pancréas le canal cholédoque, lui, dans les néoplasmes de cette région, est plus bousculé, étranglé, obturé, qu'il ne l'est dans la lithiase biliaire.

Le calcul qui est arrondi, peut en effet boucher ce canal d'une façon plus complète. Il n'est cependant pas toujours égal, présente des aspérités, fait un trou et peut arriver à passer à l'interieur de la cavité duodénale, a tel point que l'ictère est incomplet inconstant, inégal, irrégulier, peut même dans quelques cas manquer ou être réduit à un subictère discret comme dans une observation de lithiase dissimulée apportée par MM. Chiray et Degos.

Cette modification de l'ictère, s'accompagne de modification de coloration des selles et même de modification dans la richesse en bile du milieu sanguin; elle s'accompagne aussi de modification dans les résultats du tubage duodénal.

Evidemment cet ictère peut se developper après une seule colique qui ne s'est pas terminé par la guérison et dont il continue en somme l'évolution.

Il peut être préparé par une crise insidieuse de gastralgie et n'avoir pas l'allure d'un ictère de lithiase.

Quand on examine le sang, pour y chercher la preuve de cet ictère on y trouve une quantité assez notable de pigments et sels biliaires.

Nous empruntons à la thèse de M. Cottet quelques dosages du sang d'un malade atteint d'un calcul du cholédoque.

— au 8e jour on trouve dans le sang 0 gr. 04 de sels biliaires, 0 gr. 30 de bilirubine c'est-à-dire 1/8 de sels par rapport à la bilirubine.

— au 14e jour on trouve dans le sang 0 gr. 12 de sels biliaires, 0 gr. 80 de bilirubine.

— au 20e jour on trouve dans le sang 0 gr. 14 de sels, 0 gr. 85 de bilirubine.

— au 30e jour on opère, les sels s'abaissent à 0 gr. 13 et la bilirubine à 0,07 en espace de 12 jours.

Dans un 2e cas, au 7e mois la malade présente 0 gr. 15 de sels biliaires et 0 gr. 98 de bilirubine; le rapport entre les deux est donc assez considérable.

L'intermittence de la décoration des selles s'accompagne d'une sorte d'intermittence aussi dans l'examen du tubage duodénal et les auteurs qui se sont occupé de la question du tubage duodénal ont remarqué que dans beaucoup de cas de calcul biliaire on trouve un peu de bile dans le duodénum mais que surtout, suivant l'évolution même et en rapport avec le prurit et la pigmentation on avait quelque fois un tubage duodénal très satisfaisant et au contraire parfois complètement négatif.

M. Brulé dans plusieurs observations a beaucoup insisté sur ces différents points. Il a publié une observation concernant une malade qui ne présentait pas un calcul mais 80 calculs et qui malgré cela avait une décoloration intermittente des matières fécales et une coloration intermittente de la peau.

Fièvre.

M. Chauffard éudiant la lithiase biliaire avait remarqué que 2 types de fièvre pouvaient se rencontrer (peut-être 3) dans cette lithiase.

Le premier type est la fièvre éphémère et unique qui se manifesta à l'occasion d'une colique hépatique à laquelle il donnait le nom de fièvre « hépatalalgique » mot que M. le Pr. Loeper trouve pas tout à fait exact, car ce n'est évidemment pas la douleur qui fait la fièvre mais une poussée de résorption microbienne qui détermine cette réaction.

Le deuxième type est la fièvre intermittente celle qui survient tous les trois jours comme la fièvre du paludisme, ou quelque fois tous les 4 jours comme d'autres fièvres du paludisme, ou même aussi tous les huit jours comme certaines fièvres urinaires ou certaines fièvres bronchiques.

Et cette fièvre intermittente ou bilioseptique est particulièrement fréquente dans les affections du cholédoque.

On a voulu Villard et Perrin en particulier, différencier la fièvre des cholécystites suppurées des fièvres des rétentions septiques du cholédoque.

Mais les divers éléments de différenciation qui ont été donné sont extrêmement fragiles.

Ce qu'il faut retenir de ces quelques considérations sur la fièvre c'est que dans un grand nombre de cas il y a une fièvre bilioséptique avec accès intermittents et des accès de fièvre calculo-cholédocienne.

La bile.

Elle accompagne la fièvre ; elle disparaît ou elle s'accentue au moment des poussées fébriles et au moment des accès douloureux.

Quelle est la raison de cette fièvre ? Elle est nettement microbienne pour la plupart des auteurs qui ont dans ces moments examinés le sang de leur malade. Ils y ont trouvé tantôt du colibacille, tantôt du streptocoque, tantôt du staphylocoque (dont on doute l'authenticité).

La douleur.

Nous insistons peu sur la douleur, nous rappelons seulement quelques remarques faites par MM. Desjardin et Chauffard sur le point douloureux.

M. Desjardin plaçait ce point un peu à droite de la ligne ombilicale, à peu près à égale distance de cette ligne et du rebord des côtes.

M. Chauffard avait parlé non pas d'un point, mais d'une zône douloureuse, zône d'une surface assez importante et avait établi en somme un tracé ; une ligne qui part de l'appendice xyphoïde pour aller jusqu'a l'ombilic et une ligne horizontale qui croise l'autre à angle droit, passe par l'ombilic et rejoint les flancs ; il avait pris la bissectrice de cette ligne, cette zône il l'appelait zône pancréatico-cholédocienne.

M. le Pr. Loeper a souvent cherché cette zône et il s'est efforcé d'y voir une localisation précise qu'y

avaient vu successivement M. Desjardin et M. Chauffard et ses collaborateurs ; il avoue qu'il a toujours observé une zône pancréatico-cholédocienne au contact avec la colonne vertébrale et qu'il ne considère pas comme le point pancréatico-cholédocien douloureux, un point qui appartient à l'aorte ou à la région aortique voisine.

Néanmoins ajoute M. le Pr. Loeper, étant donné que cette zône qui est indiquée dans tous les livres est une question d'internat ou d'externat elle mérite d'être retenue car s'il peut y avoir une erreur de diagnostic il n'y a pas moins fréquence de douleur dans la zône du cholédoque et du pancréas.

Vésicule.

La plupart des auteurs disent : la vésicule biliaire n'est jamais dilatée dans le calcul du cholédoque. Or si nous tenons compte des observations que nous publions dans cet exposé et aussi de toutes les autres publiées par différents auteurs, nous voyons qu'elle est beaucoup plus souvent qu'on ne l'a dit, dilatée.

Nous ne voulons pas du tout dire que la loi de Courvoisier et Terrier soit inexacte ni que la thèse de Krakenbulh élève de Courvoisier ne soit pas remplie de faits intéressants et ne comporte pas de conclusions remarquables, puisqu'il a examiné près de 125 malades e donne le résultat de certaines observaions ; sur 41 cas et près de 80 lithiases. Nous ne voulons pas aller non plus contre les hypothèses de

M. Chauffard et Quénu qui confirment la loi de Courvoisier-Terrier dans 92 % des cas. Mais si on tient compte de nos 4 observations, dont trois présentent une vésicule dilatée, cette loi se trouve confirmée dans 25 % des cas seulement.

La loi de Courvoisier-Terrier doit être considérée comme exacte à la condiion de la corriger légèrement, il ne faut jamais dire la vésicule n'est pas dilatée dans le calcul du cholédoque ; il ne faut pas toujours dire elle est dilatée dans le cancer du pancréas.

Il faut dire dans la majorité des cas de calcul du cholédoque la vésicule n'est pas dilatée parce qu'elle est sclérosée, ramassée, comme figée sur le calcul qu'elle contient, Il faut dire qu'elle l'est presque toujours dans le cancer du pancréas, car dans ce cas la vésicule n'étant pas malade a toutes les chances de ne pas se réracter. Mais il faut ajouter que dans le cas ou le calcul du cholédoque n'est pas engendré dans la vésicule, ou la lithiase du cholédoque n'est pas une lithiase contingente de la lithiase vésiculaire, dans ce cas — ou le calcul du cholédoque est solitaire, développé sur place, ou la vésicule n'a pas eu le temps de s'enflammer, de se retracter, de se scléroser alors il y a une dilatation excessive de la vésicule.

M. Mocquot dans sa thèse dit ceci : l'occlusion isolée du canal cholédoque s'accompagne souvent de distension biliaire de la vésicule quelque fois de sa rétraction lorsque la vésicule était auparavent sclérosée.

Cela explique que sur quatre calculs du canal cholédoque, dont trois sont nés dans ce canal nous avons trouvé trois fois la vésicule dilatée.

Nous n'insistons pas sur les phénomènes qui traduisent le foncionnement du foie ; dans certains cas il est bon, dans d'autres, on note certaines modifications de celui-ci.

Comme épreuve nous signalons celle de la galactosurie et de la glycosurie et l'épreuve de l'azote.

Le coefficient azoté est généralement normal mais on peut voir des modifications quand le foie est touché.

Le glycosurie et la glycémie sont généralement normales.

La galactosurie est rare au début mais fréquente quand l'ictère dure longtemps (Carnot).

On peut voir parfois une augmentation importante du déficit en graisse, dans les selles.

Radiologie.

Il ne faut pas trop compter sur elle. Il faut se rappeler qu'a tort la radiologie a été considérée comme dangereuse dans le cas de calcul du cholédoque et que beaucoup d'auteurs ont prétendu qu'il y eut certains cas de mort survenue après avoir fait l'épreuve au tetra-iode chez des malades présentant des altéraions du canal cholédoque. Il faut bien dire que dans le cas cité par Deck et Wallau le foie était dégénéré. Il ne faut donc pas considérer l'épreuve par le tetra-iode comme dangereuse même chez les lithia-

siques, au contraire on la considère comme utile ; nous ajoutons que trouver un calcul du cholédoque par examen radiographique sans préalablement avoir donné du tetraiode n'est pas une chose aisée, car il y a 7 observations de calcul du cholédoque qui ont été vus par l'épreuve radiographique pure, par simple examen sans injection préalable ce qui n'est pas beaucoup par rapport aux 50 ou 60 % des cas de lithiase vésiculaire par calculs visibles à l'examen radiographique mais avec épreuve au tetraiode en préalable.

Durée.

Dans notre observation elle a été relativement courte puisqu'elle n'a pas dépassé un an et demi ; peut-être dans une autre a-t-elle atteint tout de même 3 ans. D'ailleurs les observations qui mentionnent cette durée de 3 ans ne sont pas rares et M. Brulé en a cité une qui est fort curieuse, une de M. Moulonguet remonte à 7 ans ou les accès de lithiase du cholédoque ont varié pendant ces 7 années sans déterminer d'altérations bien marquées du foie.

Dans une observaion de M. Brulé de 1919 il y avait un calcul unique la malade a eu un deuxième ictère en 1932, on examine la malade en 1935; pendant trois ans les selles ont été décolorées de façon intermittente ; grosse vésicule à l'examen radiographique, mais sans calcul ; le foie est gros la rate non voluminuse. La radio montre peut être une tâche au ni-

veau de l'angle inférieur du foie et du rachis grosse comme une lenille, qui apparaît comme pouvant être un calcul mais bien discutable. Cependant M. Gosset opère la malade et trouve un calcul gros comme une olive à a partie inférieure du cholédoque. Or voilà une observation ou la malade a guéri malgré 3 ans de maladie indiscutablement constatée depuis son début jusqu'à la période terminale.

DIAGNOSTIC

I. *Dans les cas de lithiase simple sans obstructions* il est en général aisé de faire le diagnostic différentiel avec les autres coiiques abdominales (coliques appendiculaires, néphrites, etc.), et l'on arrive à la conviction qu'il s'est bien agi d'une colique hépatique. Le grand problème qui se pose alors est de savoir si ces coliques sont dues à une lithiase vésiculaire ou à des calculs du cholédoque. C'est l'analyse attentive des signes qui va permettre cette différenciation ; parmi eux le plus important est incontestablement l'ictère. En effet, les coliques hépatiques vésiculaires ne s'accompagnent pas de jaunisse et ceci se comprend puisque tout l'orage se passe en dehors du grand courant biliaire. Par contre toutes les fois que l'on constatera l'ictère, il faudra affirmer la participation cholédocienne ; il peut se faire d'ailleurs, qu'une colique vésiculaire suivie de l'expulsion de calculs par le cystique, donne temporairement, ou définitivement des signes de lithiase cholédocienne par transit de ces calculs expulsés. Nous avons dit que ce symptôme « ictère » a une si grande valeur qu'il faut le rechercher avec grand soin et le déceler dans ses formes

frustes par l'examen attentif des urines, des fécés et de la coloration conjonctivale.

La fièvre se rencontre beaucoup plus rarement dans la lithiase de la vésicule que dans celle du cholédoque. La proximité de l'intestin exposant davantage les gros canaux biliaires. Si elle existe, ses caractères permettront de lui attribuer une origine exacte, nous avons déjà insisté sur le type intermittent à grands frissons des infections cholédociennes.

II. *Dans les cas d'obstruction calculeuse du cholédoque avec ictère persistant,* le problème du diagnostic est tout à fait différent et à très bien été étudié par les classiques. Il est celui-ci : S'agit-il d'un ictère par compression d'origine néoplastique, ou d'un calcul enclavé ? Le problème a le plus haut intérêt clinique; dans le premier cas une intervention est à peu près inutile ; dans le second elle s'impose. Pendant longtemps les idées théoriques classiques ont été génératrices d'erreurs.

En effet, la conception est erronée, qui voulait qu'un calcul issu de la vésicule se coïnce dans le défilé du cholédoque et donne ainsi à la suite d'une colique hépatique un ictère brusque et définitif. Or, on sait actuellement que c'est l'apanage des obstructions néoplasiques, bien que le fait puisse paraître paradoxal. Dans le cancer ces phénomènes sont dus à la mise en tension de l'arbre biliaire, phénomène, analogue a celui que l'on observe au cours de l'évolution des cancers intestinaux qui après une période de complet

silence, se réveillent brusquement par une occlusion aiguë. Donc, les ictères brusques, sans prodromes, sans passé hépatique antérieur, devraient faire penser au néoplasme.

Dans la lithiase du cholédoque, il n'en est pas de même : on retrouve presque toujours des coliques antérieures, une succession de petites crises incomplètes de rétention biliaire, et ce n'est qu'après bien des hésitations que l'ictère s'installe définitivement.

L'examen de la constance de cet ictère a la plus grosse valeur diagnostique. Les ictères par néoplasme, seront permanents, invariables ; une fois installées, la coloration des téguments et la décoloration des matières persisteront sans changement. Au contraire dans l'ictère par lithiase, on constatera des périodes d'amélioration, de rémission, une décoloration du teint et des urines, une recoloration des matières c'est là un symptôme de première importance.

Un autre caractère de cet ictère est de s'accompagner dans ses poussées, de réactions fébriles avec frisson, tracé en clocher avec deffervescence brusque de la température, leucocytose et polynucléose. Ces réactions sont d'autant plus rapides et plus prononcées que le calcul est situé plus bas, plus près de la zône infectée.

TRAITEMENT

M. Chauffard disait qu'une fois le diagnostic de calcul du cholédoque mis, il faut opérer plus ou moins vite — l'intervention sera en fonction de l'état du malade — car il y va de la vie du malade.

Ce n'est pas toujours chose facile de faire une cholécystotomie ou une cholécystectomie ; parfois grâce à la cholédocotomie on a des résultats superbes, 70 % des cas ont guéri mais guère en proportion que le calcul du cholédoque a mis à oblitérer ce canal.

Evidemment il faut tenir compte des antécédents du sujet, antécédents éthyliques, de la fièvre qui a aussi son action septique dans les troubles d'origine de rétention et de stase.

Si l'échec se produit on l'attribue difficilement à l'intervention chirurgicale et on cherche une explication ailleurs on cherche dans l'infection dans le passé, dans les antécédents éthyliques du malade et également peut être dans l'ancienneté de la maladie et on sera souvent obligé de chercher encore d'autres causes dont trois importantes ; d'une part la lésion du pancréas qui est assez fréquente, puis une lésion du canal cholédoque qui peut être existe malgré le

calcul, enfin la lésion du foie qui va de l'infection discrète jusqu'à la cirrhose et qui a pu laisser des traces indéfinies.

Néanmoins les résultats opératoire sont excellents. D'après les statistiques données par les Professeurs Hartmann et Gosset, qu'il s'agisse de lithiase vésiculaire ou cholédocienne, de cholécystectomie ou de cholédocotomie l'opération guérit les malades dans des proportions voisines de 95 % des cas.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE OBSERVATION

(Salle Chauffard. Service du Pr. Loeper)

Mme P..., âgée de 57 ans entre dans le service le 7 Février 1936 pour troubles dyspeptiques avec subictère dont le début remonte à un an environ.

Depuis cette date la malade se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit, exagérées par le moindre effort et s'accompagnant parfois de frissons.

L'ictère est apparu progressivement depuis un an, il est variable, et quelques rémissions passagères ont été notée.

Depuis le début de la maladie les urines sont foncées acajou. Les matières ne sont qu'inconstamment décolorées.

De plus la malade se plaint d'un prurit extrêmement tenace empêchant tout sommeil et d'un amaigrissement de 15 à 20 kilos depuis un an.

Divers traitements ont été entrepris sans amélioration notable ; en dernier lieu une série de piqûres de paludase n'a guère entrainé que deux escharres de la face externe des cuisses et une recrudescence de l'ictère et de la fièvre.

Le diagnostic porté par le médecin praticien fut d'abord, ictére banal, puis néoplasme et il s'arrêta au dernier diagnostic, quand il vit le foie se développer dans des proportions inustiées. D'ailleurs il faut reconnaître que chez cette malade aucun antécédent lithiasique n'était signalé ; elle a eu 7 enfants, plusieurs fausses couches provoquées.

8 *Février* 1936. — *Examen.*

Inspection. — On est frappé par la teinte jaunâtre des téguments et des muqueuses. Des lésions de grattage aux bras. Pas d'ascite pas de circulation collatérale. Dans l'hypochondre droit ; le foie est dur nettement gros de surface égale peut être granuleuse ; sa limite supérieure est au 4e espace intercostal ; sa limite inférieure dépasse de deux travers de doigt le gril cosal, sensible à la palpation.

Rate ; remarquablement hypartrophiée, son pôle inférieur atteint presque la crète iliaque son bord à deux travers de doigt de l'ombilic. La consistance est ferme, assez sensible.

Pas d'œdême, pas d'adénopathie, l'appareil cardiovasculaire est normal ; pas d'albumine ni sucre. Les matières ne sont pas décolorées. La température se maintient aux environs de 37,5.

En résumé il s'agit d'un ictére chronique, s'accompagnant de légers phénomènes douloureux, de l'hypochondre droit avec hépatomégalie et très grosse rate.

Examen de laboratoire.

Résistance globulaire = 4 ; normale.

Numération globulaire = 3.300.000 ; légère anémie.

Pas de leucocytose = 4.200.

Glycémie 0,80. ; urée 0,23 gr.

Cholesterol 2,65 gr. ; bilirubine 75 mmgr.

Sels biliaires 20 mmgr.

La proportion des sels biliaires est donc considérable.

Diverses méthodes d'exploration hépatique ne montrent aucune espèce de changement marqué du coefficient azoté ;

$$\text{Rapport azoturique } \frac{\text{N. U.}}{\text{N. T.}} = 0{,}43.$$

Coefficient de Maillard = 5,4 au lieu de 4,9.

Coefficient azoturique = 87 presque au-dessus du chiffre normal.

Conclusions.

La fonction de la cellule hépatique n'est pas très compromise. L'état général d'ailleurs n'est pas mauvais. On pense à une maladie ictérigène infectieuse et on élimine le néoplasme.

On confie la malade à M. Brechot qui a donné le diagnostic.

Intervention. Laparotomie sus-ombilicale prolongée.

Le foie est gros et dur ; la vésicule est manifestement petite et retractée. Elle adhère au duodénum à tel point qu'on doit laisser sa paroi interne adhérente. On trouve un peit calcul dans la vésicule et dans le

cholédoque un gros calcul situé assez bas, polygonal, jaunâtre ; étant donné sa forme il vient manifestement de la vésicule. L'exploration faite au-dessus et au-dessous est négative. Le pancréas n'est pas épaissi.

Bactériologie (M. Duchon).

Examen direct, streptocoque, des bacilles qui ne prennent pas le Gram, des bacilles d'aspect du bacille de Ramosus. Les cultures en aérobie donnent des streptocoques en abondance, ayant les caractères du streptococcus viridans.

Sur milieux liquides en profondeur poussent en symbiose avec fétidité, du streptocoque du bacille G. Ce qui confirme, malgré l'absence de température chez cette malade et en raison de l'obstruction du cholédoque malgré l'absence de leucocytose, malgré la conservation d'un bon état général, que la bile contient deux variétés d'éléments microbiens du streptocoque et un microbe anaérobie voisin du funduliformis.

Examen du calcul.

Calcul ocre-jaunâtre. Tendre sous la scie, assez mou, brûlant avec avec des flammes fuligineuses, donc : calcul de cholestérine presque complètement soluble dans le chloroforme ; il contient du cholestérol, quelques pigments biliaires et quelques lipides phosphorés calciques.

Histologie.

Foie peu touché. Il présente encore du glycogène. Très peu de réactions périportales, aucune lésion du centre du lobule, comme c'est l'usage; cependant un petit point intéressant ; une grosse capsule de Glisson épaissie avec des trainées de lympangite qui marquent sa réaction.

Il s'agit du type parfait de l'obstruction du cholédoque sans lésion du foie.

DEUXIÈME OBSERVATION

(Mme B..., Salle Hanot. Service du Pr. Loeper).

Agée de 67 ans, sans profession, entre dans le service le 22 janvier 1936 pour un ictère dont le début remonte à un mois et demi et qui s'est accentué d'une façon irrégulière depuis cette date. C'est un ictère donnant aux téguments une teinte jaune olivâtre, colorant les conjonctives et les muqueuses. Les urines sont d'abondance moyenne, couleur acajou, et contiennent des pigments et des sels biliaires. Les matières pâteuses sont décolorées. L'examen montre des signes dits d'intoxication biliaire ; prurit, asthénie très marquée, bradycardie, pouls à 64. Un tel ensemble symptomatique durant depuis 6 semaines fait porter le diagnostic d'ictère chronique par rétention.

L'examen de l'abdomen permet de trouver des lésions de grattage une certaine déshydratation; la peau garde le pli.

Le foie est volumineux, débordant de 3 travers de doigt le rebord costal et dont la percussion confirme l'hypertrophie. La palpation atteste la sensibilité.

Fait capital : au-dessous du bord inférieur du foie on perçoit un empatement profond et quand on parvient à vaincre la résistance pariétale de l'abdomen on limite une masse arrondie, relativement souple, un peu tendue, mobile avec les mouvements respiratoires donnant dans une paume de main la sensation d'une poire arrondie appendue à la face inférieure du foie.

Cette masse n'était autre que la vésicule biliaire distendue dont l'augmentation de volume se voit dans un assez grand nombre de cas de lithiase du cholédoque. Le reste de l'examen est négatif; la rate non volumineuse; pas d'ascite. L'ictère semble dû à une obstruction cholédocienne et on fait le diagnostic.

Mais cet ictère s'accompagne de troubles marqués de l'état général, d'un amaigrissement de plusieurs kilos; d'une légère élévation thermique aux environs de 38, contrastant avec le ralentissement du pouls. On se demande alors si on n'est pas en présence, plutôt que d'une lésion cholédocienne et surtout à cause du gros développement de la vésicule biliaire et malgré les antécédents lithiasiques et les quelques réactions douloureuses, d'une lésion néoplasique.

Fort heureusement on maintient le diagnostic de calcul parce que la malade raconte qu'il y a quelques années, environ 30 ans, à la suite d'un accouchement elle a ressenti pour la première fois des douleurs que

leur caractère a fait diagnostiquer coliques hépatiques et que depuis cette époque les crises se sont répétées à intervalles vriables; elles auraient même nécessité, en 1934, l'hospitalisation. On aurait déjà noté à cette époque l'existence d'une grosse vésicule. Si donc l'oblitération était due au calcul, si la vésicule était grosse et elle paraissait l'être depuis plusieurs années, c'est que le calcul tendait à passer, il était dans le cholédoque ; enfin l'asthénie, le prurit, empêchant le sommeil, ces phénomènes disparaissant par intervalles en même temps que s'atténue ou s'accentue l'ictère, en même temps que s'atténue ou s'accentue la décoloration des matières, la malade elle-même insistant sur ces variations des symptômes. Il y avait là véritablement le tableau clinique du calcul du canal cholédoque. Divers examens furent pratiqués.

L'examen du sang révèle une anémie légère : 3.900.000 globules rouges ; une hyperleucocyose à 11,400, dont 90 % des polynucléaires; l'urée sanguine est de 0,35 gr. p. 1000. La réaction de Bordet-Wassermann est négative ; le temps de saignement est normal, le temps de coagulation un peu accru, 10 minutes.

Le dosage des sels biliaires dans le sang montre une rétention appréciable.

La radiographie ne donne rien, le tétraiode ne colore pas la vésicule. La malade est opérée par M. Brechot; on tombe sur une vésicule énorme, où il y a du liquide purulent, les téguments sont décolorés

sans aucun calcul. On relève la vésicule et on se trouve au-dessous d'elle en présence d'un calcul du cholédoque qu'on ne reconnaît pas à priori parce qu'il était gros comme un pouce. On incise le canal cholédoque, on retire le calcul dont la circonférence mesurait 7,5 cm. sur 6,5 cm. de long. On met un drain. On retire la vésicule qu'on ouvre, elle est remplie de pus dont l'examen bactérioogique montre du colibacille. L'intervention se poursuit dans des conditions favorables, mais la malade gravement atteinte meurt 7 jours après l'opération sans complication locale particulière. Autopsie. Pratiquée 26 h. après décès. Cette fois il s'agit du foie qui présente des grosses lésions, et deux variétés de lésions très accentuées ; l'une de sclérose périportale avec réactions lymphoconjonctives ; on trouve encore des néocanalicules biliaires de nouvelle formation dont un grand nombre autour de la veine porte, à l'endroit où s'accumulent en général des pigments biliaires; quelques cellules en dégénérescence.

Ce qui nous a frappé dans cet examen c'est que nous n'avons pas trouvé de pigments biliaires dans toute la zône portale et périportale et avons trouvé des vaisseaux très dilatés ne contenant rien du tout, ou en tous cas pas de bile, alors qu'il y en avait dans tous les vaisseaux lympatiques, jusque dans les vaisseaux sanguins, dans leur endothélium qui était rempli de pigments biliaires. Il est à se demander si dans ce cas la résorption ne se fait pas les lymphatiques autant que par le sang, si bien que l'hypothèse

d'un auteur ne serait pas exacte qui veut que la résorption de la bile soit plus lymphatique que sanguine et se passe peut-être par l'intermédiaire des lymphathiques plus que par pénétration directe des canaux biliaires dans l'intérieur des vaisseaux.

Quoiqu'il en soit voici la composition du calcul : il est fait non pas de cholesterol pur mais de cholesterol et de pigments biliaires. On se rend compte d'ailleurs par sa coloration brun rougeâtre qu'il n'y a pas que du cholesterol mais des pigments et des sels associés pour faire le calcul mixte, plus fréquent dans la lithiase biliaire qu'il ne l'est dans la lithiase pure, c'est-à-dire le calcul de cholestérine pure.

Donc, dans la première observation, calcul du cholédoque évident, une vésicule malade, rétractée accompagnont un ictère chronique par rétention incomplète, et d'autre part des lésions hépatiques quasi nulles.

Dans la deuxième observation, calcul du cholédoque né peut-être dans le canal cholédoque chez une femme qui présentait aussi un ictère irrégulier, inégal et incomplet, mais qui présentait en outre des lésions de cirrhose d'origine biliaire extrêmement accentuées.

TROISIÈME OBSERVATION

Entre ces deux extrêmes il existe des cas intermédiaires.

Cette observation concerne une femme de 48 ans,

Mme P..., qui est venue nous trouver pour un ictère très accentué accompagné d'une grosse fièvre. Elle entre dans le service au mois de mai 1934. Cette malade très cachectique, très amaigrie, très malade nous a donné tout d'abord une première impression d'être atteinte d'une maladie infectieuse à manifestation ictérique; nous nous sommes même demandé s'il ne s'agissait pas d'une spirochétose ictérigène; mais seulement ses selles étaient décolorées, et les accidents étaient survenus il y a environ un mois et demi et dans des conditions qui ne sont pas habituelles à la spirochétose. La fièvre, au lieu d'avoir l'allure de celle de la spirochétose et de se faire en deux temps sous forme de deux crises successives avec évoution quasi cyclique, cette fièvre était intermittente, de caractère septique et il y eut même à un certain moment le frisson de la fièvre paludéenne et même de la fièvre paludéenne quotidienne.

Cette malade, en outre, avait présenté à une certaine époque des manifestations rénales qui n'avaient rien de commun avec celles de la spirochétose. Les urines contenaient une certaine quantité de leucocytes, du colibacille, quelques globules rouges, peut-être un peu d'albumine. L'urée sanguine est à 35 ctgr. Nous n'avons donc pas posé le diagnostic de spirochétose ni celui de manifestations graves ictériques, mais de lithiase biliaire infectée dont les manifestations rénales n'avaient été que la conséquence des résorptions colibacillaires. Cette hypothèse fut vérifiée; on confie la malade à M. Baumgartner qui

l'opère le 27 juillet 1934, c'est-à-dire trois mois après son entrée dans le service et quatre mois et demi après le début de la maladie.

On trouve à l'intervention une petite quantité de liquide dans la vésicule relativement riche en leucocytes avec beaucoup de colibacilles et une vésicule par ailleurs libre, assez volumineuse, à peine épaissie, un canal du cholédoque un peu gros et dilaté, et dans le bas de ce canal juste au niveau de l'ampoule de Vater un calcul radié, calcul de cholestérine absolument pure.

Nous n'avons pas fait l'examen du foie, mais nous avons vu successivement toutes les manifestations s'atténuer après l'opération. L'ictère disparut, la fièvre s'atténua immédiatement et dans les urines les colibacilles disparurent montrant bien qu'ils venaient de la vésicule, et qu'il s'agissait non pas d'un calcul entérorénal mais d'un calcul cholécystico ou hépatorénal.

L'examen du calcul pratiqué par M. Lesure révèle qu'il était formé de cholestérol pur sans trace de chaux ni de pigments biliaires.

Voilà en somme un cas de lithiase du cholédoque avec infection de la vésicule biliaire.

QUATRIÈME OBSERVATION

Encore une observation de lithiase du cholédoque sans lésions de la vésicule biliaire mais qui cette fois se complique non pas de cirrhose mais d'abcès du foie.

C'est une observation personnelle du Pr. Loeper, pendant qu'il était interne de M. Brault, en 1909. On avait fait chez cette malade une erreur de diagnostic.

On vivait sans doute toujours sous le signe de Courvoisier et Terrier, c'est-à-dire sous la loi promulguée par ces deux auteurs et par d'autres depuis, que jamais ou presque jamais la vésicule n'est volumineuse et distendue dans le cas de calcul du cholédoque. On a donc fait chez cette malade le diagnostic de cancer du pancréas. Et c'est pourquoi on ne l'a pas opérée et c'est pourquoi on ne l'a pas sauvée.

Cette femme avait 60 ans, elle n'avait jamais souffert de coliques hépatiques. Depuis 6 mois et demi elle présentait un ictère sans aucune douleur, ictère foncé, régulier, constant, progressif, avec cholurie, cholalémie, un prurit marqué ; petite fièvre à 37,6, quelquefois 38; le foie gros, nettement délimité, une vésicule énorme tombant jusque dans la fosse iliaque droite qu'on soulevait comme une poire à la partie inférieure.

MM. Brault, Lobligeais et Loeper ont fait le diagnostic de cancer du pancréas. En effet l'amaigrissement était assez marqué, les selles contenaient 50 % de graisses neutres et cet état persistait depuis 6 semaines et étant donné le diagnostic qu'on a posé on ne fait pas opérer la malade, car à cette époque la cholécystoentérostomie ne se faisait pas de façon courante. On a donc laissé mourir cette malade, en lui faisant des injections de morphine pour diminuer certaines réactions de prurit. Elle fit un peu de fièvre pendant trois jours et mourut.

A l'autopsie on a trouvé une vésicule énorme, une paroi distendue, peu épaissie et derrière, très bas, un canal cholédoque dilaté ; un foie qui laissait sourdre de la bile à la coupe mais ne paraissait pas particulièrement malade, présentant cependant quelques petites choses qu'on a examiné au microscope; il s'agissait d'abcès aréolaires non amibiens. L'examen bactériologique montra du colibacille, du perfringens. A l'extrémité du canal du cholédoque un gros calcul en obus, gros comme le pouce, de 4 cm. de long, constitué de cholestérine et d'un peu de sels de chaux. Et si à ce moment on n'avait pas tellement pensé à la loi de Courvoisier-Terrier qui en somme n'était pas aussi précise on aurait pu guérir la malade par une intervention.

Si nous résumons ces observations nous arrivons à cette conclusion que dans ces quatre cas les malades ont présenté une ictère par rétention, ictère le plus souvent inégal, intermittent, incomplet quoiqu'il porte l'un sur les sels biliaires, l'autre sur les pigments, ictère souvent douloureux, presque toujours fébrile; que dans un cas nous avons trouvé une petite vésicule à l'intervention, dans un autre une grosse vésicule mais qui n'a pas été perçue cliniquement, dans deux autres cas nous avons trouvé une grosse vésicule mais à la palpaltion puisqu'elles ont fait hésiter en faveur d'un néoplasme du pancréas.

Trois fois sur quatre il y eut infection par colibacille, deux fois associé au perfringens, dans d'autres on trouve un bacille de la série anaérobie. Les

calculs sont tous à base de cholestérine, quelquefois agrémentés de pigments biliaires autour d'un peu de chaux, une fois de cholestérine pure sans espèce de substance calcaire.

L'examen radiologique dans tous les cas a été négatif.

Cholécystographie inutile, on voit parfaitement le canal cholédoque sans cela et sans injection de tétraiode.

Dans ces différentes observations, deux ou trois calculs au moins étaient nés dans le cholédoque lui-même il y avait thrombose cholédocienne, nous ajoutons calculs, engraissés, dans le canal, une fois le calcul évadé de la vésicule biliaire. Par conséquent 3 fois calcul du cholédoque, une seule fois un calcul évadé de la vésicule accompagnant probablement d'autres calculs. Il semble d'ailleurs que ces constatations répondent à celles qui tous les auteurs indiquent dans leurs statistiques où il est à peine question de la vésicule.

Deux phénomènes au point de vue des lésions du foie domine également cet exposé; dans un cas absence complète de lésion hépatique, dans les autres cas lésions hépatiques allant tantôt de la suppuration des voies biliaires comme dans l'observation de Mme P... jusqu'à l'abcès comme dans la dernière observation, jusqu'à la cirrhose comme dans le premier cas. Enfin à l'origine de tout cela, deux causes : la rétention d'une part, et l'infection de l'autre.

CONCLUSIONS

I. — Les cas de calcul solitaire du cholédoque sont beaucoup plus fréquents qu'on ne l'a dit, et il semble bien que dans la plupart des cas il est né sur place.

II. — Dans un grand nombre de cas il y a une fièvre bilioseptique avec accès intermittents et des fièvres calculo-cholédociennes.

III. — La vésicule est presque toujours dilatée dans les cas de calcul solitaire du cholédoque plus rarement rétractée.

IV. — La loi de Courvoisier et Terrier n'est pas aussi précise qu'on l'a dit et le chiffre de 92 % des cas où elle s'appliquerait devrait être de ce fait corrigé.

V. — L'examen radiologique est utile pour compléter le diagnostic et nullement dangereux tant que le fonctionnement hépatique n'est pas compromis.

VI. — Le diagnostic étant mis il ne faut pas tarder d'intervenir chirurgicalement.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur, l'Inspecteur de l'Académie,
J. PERRON.

Vu : *Le Doyen*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*
M. LOEPER.

BIBLIOGRAPHIE

ALGLAVE. — Absence de vésicule biliaire avec calcul du cholédoque (*Bull. Soc. Nat. de Chirurgie*, 30 juin 1928).

AUBRY et CONSTANTINI. — Calcul du cholédoque sans ictère (*Algérie Méd.*, février 1928).

BATTEUR. — Calculs du cholédoque (*Journal de Médecine de Lille*, n° 6, mars 1935).

BRETON et LAPCHIN. — Volumineux calcul du cholédoque chez une malade opérée de choléchystectomie (*Soc. de Méd. du Nord*, séances de mars-avril 1929).

BRULÉ, MOULONGUET-JOLÉRIS, HILLEMAND, MALLARMÉ et Mlle TOURNIER. — Obstruction lithiasique du cholédoque persistant depuis trois ans. Cirrhose colostatique; guérison opératoire (*Arch. mal. app. dig.* Déc. 1934, p. 1017).

CHABROL, MADIMIN et BUSSON. — Le mécanisme de l'ictère dans l'obstruction du canal cholédoque (*La Presse Méd.* 892, 17 juin 1931, n° 48).

CHAUFFARD. — La lithiase du cholédoque (*Semaine Méd.*, 10 janvier 1906).

— La bilithiase (*La Presse Thermale et Climatique*, juillet-août 1927, n° 22).

— La bilithiase (coexistence des lithiases biliaire et rénale chez un même malade (*Journal des Praticiens*, XL 1926, n° 7).

— La lithiase cholédocienne, ses particularités cliniques et thérapeutiques (*Le Concours Méd.* 1924).

CHAUVENET et JAULAIN. — Sur un cas de lithiase cholédocienne dissimulée (*Sté de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance du 9 mai 1935 (fin) in *Gazette Hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* (25 août 1935).

CHIRAY et DEGOS. — La lithiase dissimulée du cholédoque et des gros canaux hépatiques (*Presse Médicale*, 23 mars 1927).

COTTET. — Une nouvelle technique de dosage des sels biliaires dans le sang, ses résultats cliniques. (*Thèse* Paris 1935, Le François, éditeur).

COURTY-AUJOULAT. — Calcul du cholédoque. (*Soc. Méd. et Anat. Clin. de Lille*, séance du 25 avril 1933. In *Sc. Méd. de Lille*, n° 24, 11 juin 1933).

De Brun. — Deux observations de calcul du cholédoque sans ictère chez des malades ayant subi une cholécystectomie (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 12, 23 avril 1934).

Delbet. — Calculs du cholédoque, diagnostic (*J. des Praticiens*, n° 50, déc. 1933).

Desplas et Dalsace. — Bile noire et lithiase cholédocienne (*Presse Médicale*, 6 avril 1932).

Dufour. — Y a-t-il des calculs du cholédoque sans ictère? (*L'Hôpital*, n° 380, avril 1935).

Fauteux. — Cinq cas de lithiase cholédocienne (*L'Union Médicale du Canada*, n° 7, juillet 1922, T. LXI).

Meyer. — La lithiase du cholédoque (*Thèse de Paris*, 1925).

Michon. — Diagnostic et traitement de la lithiase cholédocienne. (*Clin. et Lab.* Janvier 1928).

Mocquot. — L'état de la vésicule dans les obstructions des voies biliaires. (*Thèse* Paris, 1909).

Moulonguet. — Un cas de lithiase cholédocienne ayant duré 7 ans (*Arch. mal. app. dig.*, déc. 1934).

Petrignani. — Formes cliniques de la lithiase cholédocienne. (*L'Hôpital*, juillet 1930).

RAMANELLI. — Pathogénie de la cholélithiase (*Méd. Prat.*, 1922).

STEPP. — Ictère chronique, sans colique, par calcul, dans le canal cholédoque. (*Deuts. Med. Woch.* Leipzig, T. LVI, n° 18, 2 mai 1930).

VILLARD. — 80 cas de cholédocotomies pour calculs. (*Communications au XXIIIe Congrès Français de Chirurgie*, 1919).

Librairie Picart, 59, Boulevard Saint-Michel, Paris.